

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE 303^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Eric GRATZMULLER

né le 8 avril 1936 à Boulogne/Seine

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LES LUXATIONS DU SEMI LUNAIRE

(A propos de 14 cas de luxations récentes)

Président : Monsieur A. SICARD, professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Eric GRATZMULLER

né le 8 avril 1936 à Boulogne/Seine

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LES LUXATIONS DU SEMI LUNAIRE

(A propos de 14 cas de luxations récentes)

Président : Monsieur A. SICARD, professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Ol.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.)
	{ RICHET (G.)
	{ DEJOURS (P.)
Physiologie	{ ROUSAYROL (J.-Cl.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	MM. REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	N...
Cliniques chirurgicales	{ COCHIN LEGER (L.)
	{ HÔTEL-DIEU PATEL (J.)
	{ SAINT-ANTOINE GOSSET (J.)
	{ SALPÊTRIÈRE SICARD (A.)
	{ TENON OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	BICÊTRE DEPARIS (M.)
	BROUSSAIS MILLIEZ (P.)
	COCHIN BROUET (G.)
Cliniques médicales	{ HÔTEL-DIEU BARIÉTY (M.)
	{ LARIBOSIÈRE SÈZE (S. de)
	{ PITIÉ DREYFUS (G.)
	{ SAINT-ANTOINE KOURILSKY (R.)
	{ SAINT-ANTOINE BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	{ Baudelocque Saint-Antoine LACOMME (M.) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.		MM.	
Anatomie pathologique . . .	GOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale }	COURSAGET (J.)
Biochimie médicale }	CARTIER (P.)	Physiologie	GREMY (F.)
	GONNARD (P.)		
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	GIRARD (Fr.)
		Thérapeutique	CHAPUT (M ^{me} A.)
			CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)
---	---------------

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A ma Femme

A mes Enfants.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549020_0034

A Monsieur le Professeur SICARD

Professeur de Clinique Chirurgicale.

En témoignage de respectueuse reconnaissance
pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de pré-
sider cette thèse.

A Monsieur le Docteur GUENIN
Chirurgien des Hôpitaux.

C'est dans son service qu'ont été recueillis
la plupart des éléments de cette thèse.

Il m'a toujours témoigné la plus grande bien-
veillance, je voudrais lui exprimer mes remercie-
ments.

A Monsieur le Docteur M. GENON-CATALOT

Son amitié et ses conseils ne m'ont jamais
fait défaut. Et il m'a beaucoup aidé à réaliser
cette thèse.

A Monsieur le Docteur M. .DUGAS

Professeur Agrégé.

Je lui dois beaucoup, tellement qu'une
dédicace est bien banale pour lui témoigner
ma gratitude et mon affection.

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur MENEGAUX

Monsieur le Docteur GALMICHE

Monsieur le Docteur SALLET

Monsieur le Docteur ISRAEL-ASSELAIN

Monsieur le Docteur MORIN

Monsieur le Docteur GRENET

Monsieur le Professeur BRICAIRE.

A mes Maîtres d'Internat :

Monsieur le Professeur THOYER-ROSAT

Monsieur le Docteur LONGUET

Monsieur le Docteur LACOUR

Monsieur le Professeur DENOIX

Monsieur le Docteur FRILEUX.

I N T R O D U C T I O N

Les luxations du semi lunaire ne sont ni exceptionnelles, ni nouvelles, leur mécanisme est bien élucidé, leur thérapeutique apparemment bien codifiée.

Elles ne semblent donc guère prêter à un travail.

Cependant, si elles ne sont certes pas exceptionnelles, leur rareté relative dans le cadre des traumatismes du poignet fait qu'elles sont peu connues, nous n'en voulons pour preuve que le retard souvent apporté au diagnostic, retard qui, nous le verrons, provient d'une méconnaissance des aspects radiologiques.

Leur mécanisme est bien élucidé, mais nous voudrions revoir leur classification, réunir ce qui est un peu arbitrairement séparé, considérer comme les différents stades d'une même lésion la luxation antérieure du semi lunaire et la luxation rétro lunaire du carpe.

Leur traitement n'est simple qu'en apparence. Il peut être discuté, il ne doit sûrement pas être négligé.

Nos observations sont peu nombreuses (14 cas). Nous essaierons néanmoins de montrer quelles particularités se dégagent de cette courte série.

L'anatomie pathologique étudiera le mécanisme de cette luxation. On sait que deux variétés ont été décrites (19) (35) : la lésion est en fait dans les deux cas une luxation grand os-semi lunaire.

.../...

Nous envisagerons ensuite le diagnostic dans ses différentes formes : clinique, radiologique et le pronostic qui semble bon, du moins à échéance rapprochée.

Le traitement enfin repose, à notre avis, sur la réduction, qu'elle soit orthopédique ou chirurgicale. Les thérapeutiques mutilantes, excision ou arthrodèse, ne sont guère de mise dans la luxation du semi lunaire, même relativement ancienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le semi lunaire est situé entre le scaphoïde et le pyramidal. Il constitue avec ces deux osselets la rangée supérieure du carpe, ou condyle carpien. Il leur est uni par des ligaments interosseux, palmaires et dorsaux. Sa face supérieure participe à l'articulation radio-carpienne, elle répond plus précisément à la facette radiale interne et à la partie voisine du ligament triangulaire. Sa face inférieure fait partie de l'articulation médio-carpienne interne.

Des détails anatomiques trop précis seraient fastidieux, nous voudrions insister sur quelques notions importantes.

Le semi-lunaire est solidement fixé par des ligaments aux os ou osselets adjacents, et notamment à la partie supérieure du scaphoïde, et surtout en haut et en avant au radius par des fibres radio-lunaires très puissantes.

Le scaphoïde, dans sa partie inférieure, est solidaire du trapèze et du grand os.

Il n'existe pas d'insertion musculaire sur le semi-lunaire. La vascularisation est donc assurée par les ligaments qui sont les lames porte-vaisseaux. Il s'agit principalement, nous l'avons vu, du ligament radio-lunaire antérieur.

Enfin, le semi-lunaire est un os antibrachial et non palmaire. Il se trouve tout entier au-dessus du pli de flexion du poignet.

.../...

Que se passe-t-il dans la flexion dorsale physiologique ?

Le semi-lunaire sort en avant de dessous le radius, de 5 à 6 mm, puis la tension de la capsule le bloque. En même temps, la tête du grand os roule sous lui, dégagant son front qui appuie également sur la capsule antérieure. La voûte du scaphoïde suit le lunaire et s'incline en avant, son pied recule comme si l'os tournait autour de la styloïde.

Forçons l'hyperflexion dorsale.

Les mouvements dans le même sens du semi lunaire et du grand os s'accroissent, le ligament antérieur se déchire transversalement (la tête du grand os fait saillie à travers la boutonnière), la capsule postérieure est rompue ou partiellement désinsérée, par contre les ligaments latéraux restent intacts, le faisceau radio-lunaire du ligament antérieur, très puissant, n'est pratiquement jamais lésé.

Puis la tête du grand os passe derrière la corne dorsale du semi lunaire de sorte que la concavité de ce dernier est déshabillée. Il y a dès lors luxation grand os-semi lunaire. Les deux os se repoussent mutuellement, le semi lunaire n'est plus horizontal, mais à demi dressé sur sa corne postérieure, simultanément il accentue sa rotation normale, c'est-à-dire que sa face interne regarde en avant. Mais le semi lunaire n'a pas perdu ses connexions avec le radius. Le grand os est ascensionné, luxé en arrière et un peu en dehors, le carpe accompagne le grand os.

Ailleurs, le ligament radio-lunaire postérieur cède complètement, et sous le double effet du rapprochement radius-grand os et de la traction ligamentaire antérieure, le semi lunaire, poussé en avant par la nuque du grand os, retenu par le ligament radio lunaire antérieur, se luxe en avant, pivotant autour de sa corne antérieure. Le grand os (et le reste du carpe) se replace dans l'axe du radius. Il y a dès lors véritable luxation radio-lunaire.

.../...

Certains (1) pensent que si la flexion dorsale agit sur les doigts, le semi lunaire est luxé de la surface radiale, si elle agit sur le carpe, le semi lunaire conserve ses rapports avec la surface radiale.

On pourrait ainsi distinguer (4) (10) (18) (35) la luxation rétro-lunaire du grand os, et l'énucléation du semi-lunaire. Et en effet :

- Les lésions sont anatomiquement différentes.

- La capsule postérieure est toujours rompue dans l'énucléation du semi lunaire, et les risques de nécrose sont donc plus importants. Ils existeront d'ailleurs au maximum dans les cas exceptionnels où le semi lunaire est rendu complètement libre par la rupture du ligament radio-lunaire antérieur.

- Le semi lunaire énucléé va appuyer sur les éléments tendineux et nerveux du canal carpien.

Mais :

- Le mécanisme est le même. Et, pour certains (5) (21), le déplacement du semi lunaire du côté palmaire ne représente en réalité que la phase finale d'une luxation rétro-lunaire.

Le semi lunaire est principalement vascularisé par le ligament radio-lunaire antérieur. Sa rupture est exceptionnelle. Cet argument plaide en faveur de sa conservation.

Enfin, et c'est peut-être le plus important, la symptomatologie est la même, le traitement proposé sera similaire.

Quant au scaphoïde, calé sous le radius, son pied fortement amarré au grand os et au trapèze, sa voûte solidaire du semi lunaire, il est souvent le siège d'une fracture par exagération de l'ouverture de son angle, le pied est luxé en arrière avec le grand os, la voûte reste fixée au semi-lunaire.

On s'explique également la fracture de la styloïde radiale.

.../...

O B S E R V A T I O N S

- Observation n° 1 - Julien E... - 43 ans :

Le 6 Septembre 1954, le malade est hospitalisé pour une luxation du semi lunaire, diagnostic posé cliniquement : saillie à la face antérieure du poignet, dépression postérieure. Il n'y a pas de lésions nerveuses.

Tentative de réduction orthopédique le 7/9.

Intervention le 14/9 : sous bande d'Esmach, et par une incision antérieure sur le bord interne des tendons, on pratique l'ablation du semi lunaire.

Ce blessé a été revu le 3/12/64. Il existe une ostéoporose importante du carpe avec aspect pseudo kystique de certaines phalanges. Les mouvements sont limités et douloureux.

- Observation n° 2 - Ali R... - 24 ans :

Le 23/8/1956, à la suite d'un accident de la voie publique, on constate radiologiquement une luxation rétro-lunaire du carpe, mais le semi lunaire est déjà partiellement énucléé de dessous le radius. On note également une fracture cunéenne externe, et une fracture du pôle supérieur du scaphoïde.

Réduction orthopédique.

Un plâtre est enlevé le 10/10/56. Il existe à cette date une ostéoporose carpienne légère. Les résultats fonctionnels sont bons.

.../...

- Observation n° 3 - Pierre L... - 50 ans :

Chute dans un escalier le 14/1/1957. Le blessé se plaint de son poignet droit, douloureux avec impotence fonctionnelle. La radiographie montre une luxation antérieure du semi lunaire avec fracture du scaphoïde et de la styloïde radiale.

Une tentative de réduction orthopédique est infructueuse et, le 24/1, par une voie d'abord antérieure interne, le semi lunaire est enlevé.

Le blessé reprend son travail le 15/4. Il n'éprouve plus de douleurs, se force musculaire est un peu diminuée, mais ses mouvements sont très limités : flexion 10°, extension 10°, abduction adduction 5°.

- Observation n° 4 - Georges P... - 31 ans :

Choc direct sur la paume le 27/5/61. Le poignet gauche est douloureux, gonflé, sans déformation nette. On constate radiologiquement une fracture du scaphoïde et de la styloïde radiale, mais il existe également luxation du semi lunaire qui passe inaperçue, elle est pourtant a posteriori évidente.

Cette luxation n'est découverte que 20 jours après. La réduction orthopédique est alors tentée, mais inefficace. On intervient donc par voie dorsale. La luxation est facilement réduite, la fracture du scaphoïde est fixée par une broche percutanée. Une broche est également placée pour fixer la luxation, mais elle est inefficace et inutile (elle ne sera plus utilisée).

Un plâtre est posé pour deux mois, les broches seront enlevées au bout de un mois.

Quatre ans et demi après, en Octobre 1965, la radiographie ne montre qu'une discrète condensation du semi lunaire, et une, plus importante, du fragment supérieur du scaphoïde pseudarthrosé. Le résultat fonctionnel est très satisfaisant : les mouvements sont pratiquement identiques des deux côtés, la force musculaire est comparable à ce qu'elle était avant l'accident,

.../...

l'effort prolongé est possible, mais s'accompagne d'une gêne minime et d'un discret gonflement.

- Observation n° 5 - Romain B... - 59 ans :

Chute sur le poignet gauche le 21/4/62. Il existe une raideur douloureuse, et, à la radio, une luxation du semi-lunaire.

La réduction orthopédique est aisée. Un plâtre est posé pour un mois. Une courte rééducation est suffisante.

En Octobre 1965, l'aspect radiologique est normal, la mobilité bonne, il n'y a pas de douleurs, par contre, la perte de force musculaire est nette chez ce sujet gaucher.

- Observation n° 6 - Birama T... - 32 ans :

Une chute sur le poignet gauche, le 24/10/1962, entraîne une luxation antérieure du semi lunaire et une fracture du scaphoïde. Le poignet est douloureux, impotent et empâté.

Une réduction chirurgicale est nécessaire après échec orthopédique. Voie d'abord dorsale, réduction facile du semi lunaire, mise en place d'une broche trans-scaphoïdienne. Un plâtre est posé pour quatre mois.

Ce malade n'a plus été revu après le cinquième mois. A ce moment, les mouvements étaient encore limités et douloureux. Le résultat ne peut donc être considéré que comme moyen.

- Observation n° 7 - René V... - 41 ans :

Il est admis le 6/11/1963 pour une plaie importante de la face antérieure du poignet gauche (au-dessus des plis de flexion) avec issue des surfaces articulaires. Il s'agit d'une luxation rétro lunaire du carpe avec fracture du scaphoïde qui passera initialement inaperçue. Il existe également une fracture de la styloïde cubitale.

Intervention par voie antérieure : parage, réduction, difficile. Un plâtre est posé pour un mois. Ce n'est qu'à la

.../...

libération du poignet qu'on s'apercevra de la fracture du scaphoïde, malheureusement déplacée. Une réintervention est jugée inutile.

Deux ans après, les résultats sont excellents : mobilité pratiquement normale, pas de douleurs, force musculaire normale.

- Observation n° 8 - Gilbert P... - 30 ans :

Polytraumatisé hospitalisé le 16/11/1963 avec traumatisme cranien, fracture du malaire, fracture de Bennet droite. Le poignet gauche est douloureux, la radiographie montre une fracture de la styloïde radiale et une luxation rétro-lunaire du carpe ; celle-ci passe inaperçue et n'est découverte que sur un contrôle ultérieur.

Au 11ème jour, après échec d'une tentative orthopédique, intervention par voie dorsale, la réduction est facile et stable. Un plâtre est posé pour un mois et demi.

En Octobre 1965, la fonction est pratiquement normale : bonne amplitude des mouvements, légère diminution de la force musculaire, absence de douleurs et de troubles trophiques. On peut noter à la radio une discrète densification pommelée du semi-lunaire.

- Observation n° 9 - Pierre P... - 51 ans :

Ce polytraumatisé (fracture de côtes, plaie du coude) est hospitalisé le 16/5/64. Son poignet est douloureux et gonflé. Les clichés montrent une fracture cunéenne externe et une luxation du semi lunaire. Mais ces lésions carpiennes passent inaperçues en dépit de la radio et le poignet est simplement plâtré.

La diagnostic n'est rétabli qu'après une semaine. On intervient alors par voie dorsale pour réduire la luxation. La contention nécessite deux broches, une pour la styloïde radiale, et une trans-scaphopyramidale. Immobilisation plâtrée de un mois.

.../...

Le résultat fonctionnel est satisfaisant.

- Observation n° 10 et 11 - Mario P... - 35 ans :

Il est hospitalisé le 12/12/64 dans un état dramatique, après une chute d'un échaffaudage : volet costal, fracture ouverte de la jambe droite, fracture du calcaneum droit, fracture du péroné gauche, fracture tassement de L3, fracture de la clavicule gauche, fracture des deux os de l'avant-bras gauche, luxation rétro-lunaire du carpe droit avec fracture du scaphoïde. On s'explique donc assez facilement qu'une luxation du semi lunaire gauche soit d'abord passée inaperçue, un peu moins toutefois si l'on sait que des clichés de face avaient été pratiqués.

En ce qui nous concerne, il s'agit donc chez un poly-traumatisé d'une luxation bilatérale du semi lunaire. A droite, luxation rétro-lunaire avec fracture du scaphoïde, on note une paralysie partielle du médian ; à gauche, luxation antérieure du semi-lunaire.

Au 10ème jour, on intervient des deux côtés, par voie dorsale. La réduction est facile, une broche scaphoïdienne est placée à droite. Immobilisation plâtrée, un mois à droite, quatre mois à gauche (fracture des deux os de l'avant-bras).

En Octobre 1965, la fonction est dans l'ensemble satisfaisante : mouvements faiblement limités, force musculaire bonne, absence de douleurs. La pronosupination est limitée à gauche, mais on peut en rendre responsable la fracture des deux os de l'avant-bras. A droite, la paralysie du médian est en régression.

- Observation n° 12 - Van Hy T... - 18 ans :

Chute sur le poignet droit en extension forcée le 17/3/65. On retrouve un oedème et une douleur dans la tabatière anatomique, la radiographie montre une luxation du semi-lunaire droit avec une fracture du scaphoïde.

.../...

Deux tentatives sont nécessaires les 18 et 19 Mars pour réduire orthopédiquement. Immobilisation plâtrée durant trois semaines.

Les résultats fonctionnels sont bons.

- Observation n° 13 - Jean P... - 23 ans :

Traumatisme du poignet gauche le 27/1/65. Le diagnostic clinique de luxation du semi lunaire est porté sur la perception d'une saillie antérieure du poignet. La radiographie confirme la luxation et montre également une fracture du scaphoïde et une fracture de la styloïde cubitale.

On intervient le 5 Février seulement (traumatisme cranien associé), voie d'abord dorsale, réduction facile, broche trans-scaphoïdienne, plâtre qui sera conservé deux mois.

En Octobre 1965, la fonction est parfaite en dehors d'une petite limitation de la supination. Il existe une pseudarthrose du scaphoïde.

- Observation n° 14 - Gilberto R... - 32 ans :

Le 18/12/65, après une chute, le poignet gauche est douloureux, déformé par un dos de fourchette haut situé. La radiographie montre une luxation rétro-lunaire avec fracture du scaphoïde.

Réduction orthopédique. Immobilisation plâtrée prévue pour trois mois.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Etablir des statistiques serait une extrapolation un peu abusive à partir de cette série assez courte, mais nous essaierons de tirer quelques enseignements de ces malades.

- Etiologie :

Nous avons toujours observé les lésions chez des hommes, souvent jeunes (âges extrêmes : 18 et 59 ans, âge moyen : 30 à 35 ans). Cela s'explique sans doute par le traumatisme généralement important (accident de la voie publique, chute d'un échafaudage ...). Nous n'avons pas retrouvé le classique retour de manivelle, sans doute en raison de la disparition de cet accessoire.

- Diagnostic :

Dans près de la moitié des cas, il s'agit de polytraumatisé. Et c'est ainsi peut-être qu'il faut expliquer les errements du diagnostic, la lésion a été méconnue cinq fois. Cependant, il faut reconnaître que des radiographies avaient toujours été pratiquées d'emblée, et qu'elles montraient la luxation.

En effet, le diagnostic clinique est rare (trois fois, deux sur la perception d'une saillie antérieure, une sur un dos de fourchette bas situé), mais l'attention est toujours attirée sur le poignet traumatisé qui est douloureux, gonflé, impotent. Des clichés, face et profil, montrent alors la luxation et les lésions associées. .../...

Nous n'avons d'ailleurs jamais rencontré de luxations tardivement méconnues, et le retard apporté au traitement n'a pas dépassé trois semaines (observation n° 4), la réduction chirurgicale a du reste été facile.

- Lésions associées :

Elles sont très fréquentes.

Pas tellement les lésions nerveuses. Nous n'avons retrouvé qu'une fois une contusion du médian (observation n° 10 : parasthésies, atrophie de l'éminence thénar au troisième mois, séquelles à distance en cours de régression).

Mais les lésions osseuses sont courantes.

Une fracture du scaphoïde existait neuf fois, elle n'a été méconnue qu'une fois. Le fragment inférieur se luxé en arrière avec le grand os, le fragment supérieur pivote avec le semi lunaire, il en est parfois séparé, ailleurs il existe à l'inverse une véritable continuité des surfaces articulaires supérieures du scaphoïde et du semi lunaire. Le pronostic ne semble pas sensiblement aggravé par une telle association, cependant presque tous nos malades ont eu comme séquelle une pseudarthrose du scaphoïde, bien tolérée.

La styloïde radiale est fracturée cinq fois. Dans l'observation n° 9, une broche a été nécessaire pour contenir cette fracture, source d'instabilité.

La fracture de la styloïde cubitale est beaucoup plus rare (deux cas).

- Résultats :

Ils ont été bons dans l'ensemble.

Voici nos critères d'appréciation (5) :

Bon résultat : pas de douleurs,
mobilité à 75 % de la normale,
pas de perte appréciable de la force.

.../...

Résultat moyen : douleur modérée,
ou limitation des mouvements,
ou perte de la force musculaire.

Résultat médiocre se passe de commentaires.

Nous n'avons observé que 2 résultats médiocres (observations n° 1 et 3). Ce sont les deux seuls cas d'ablation du semi-lunaire luxé après échec d'une tentative de réduction orthopédique.

Tous les autres cas sont satisfaisants : 2 sont moyens. Les autres bons. Tous les cas qui ont eu une réduction chirurgicale, sauf un, ont eu de bons résultats, certains même tout à fait excellents.

Ces résultats cliniques ne cadrent d'ailleurs pas toujours, reconnaissons-le, avec les résultats radiologiques. Nous avons déjà parlé de nos fréquentes pseudarthroses du scaphoïde, cliniquement muettes. Il faut également signaler les aspects nécrotiques du semi lunaire. Nous n'avons jamais eu de véritable nécrose, cependant dans trois cas (observations 4, 8, 13) (deux luxations rétro lunaire et une luxation du semi lunaire) il existait avec un recul allant de 6 mois à 4 ans une légère hypercondensation du semi lunaire. Il nous est difficile de dire s'il s'agit là d'une future nécrose, voire d'une maladie de Kienböck. A ce propos, signalons que nous n'avons retrouvé qu'une fois un aspect pommelé type maladie du semi lunaire, mais on sait que la maladie de Kienböck n'a pratiquement jamais été observée à titre de séquelle d'une luxation du semi lunaire. Ce que l'on appelle maladie de Kienböck est du reste le plus souvent une nécrose avasculaire. C'est la crainte de cette nécrose qui a pu faire envisager par certains une résection d'emblée dans les luxations du semi lunaire irréductibles orthopédiquement, et surtout si elles sont anciennes (9) (24) (35). Pourtant, si tous en parlent, la nécrose du semi-lunaire luxé et reposé semble avoir été assez rarement observée (4) (5).

- Traitement :

Trois types de traitement ont été pratiqués : .../...

1 - Réduction orthopédique :

Elle a presque toujours été tentée en premier.

Sous anesthésie générale et selon les préceptes de Böhler (4) : traction puissante, en s'aidant au besoin du tracteur de Finochietto, prolongée (10 minutes), en s'abstenant de toute pression directe sur l'osset luxé, mais en s'aidant d'une hyperextension et d'un passage rapide à la flexion.

L'anesthésie générale et le bon relâchement musculaire semblent préférables à la simple anesthésie locale.

Nous n'avons jamais envisagé de pratiquer la méthode préconisée par Böhler dans les cas irréductibles (4) (2) : double traction à l'aide de broches transmétacarpienne et trans-olécraniennne.

Pour éviter un traumatisme nerveux, nous avons préféré éviter les manipulations directes décrites par Watson-Jones.

Un contrôle radiologique est nécessaire pour s'assurer de la réduction. Elle est à vrai dire assez bien perceptible.

Cette réduction orthopédique n'a été efficace que quatre fois, observations n° 2, 5, 12 et 14. Elle a toujours été stable.

Une immobilisation plâtrée antibrachiale pendant trois semaines ou un mois, poignet en rectitude, a été appliquée. Le plâtre doit permettre une mobilisation active des doigts. Une courte rééducation est entreprise à la sortie du plâtre.

Les résultats ont été satisfaisants, mais on note un résultat moyen avec diminution de la force musculaire.

C'est l'irréductibilité fréquente de la luxation par la méthode orthopédique qui nous a conduits aux méthodes chirurgicales.

2 - Deux des cas les plus anciens (observations n° 1 et 3) ont été traités par l'exérèse du semi lunaire luxé.

L'intervention est menée sous bance d'Esmach et garrot pneumatique.

.../...

Voie d'abord antérieure par une incision verticale d'environ 6 cm ne dépassant en bas le pli de flexion inférieur du poignet que de 2 cm, au bord interne du grand palmaire, à l'aplomb de l'interstice 3ème-4ème doigt. On sectionne la partie supérieure du ligament annulaire avec l'épaississement du petit palmaire dont le bord externe repère exactement le médian. Pour atteindre le semi lunaire, on peut soit refouler en dedans les tendons et le nerf médian, soit refouler en dehors le nerf médian et le tendon fléchisseur superficiel de l'index, on passe ainsi entre les tendons de l'index et ceux du médus. On pourrait également reporter l'incision plus en dedans et récliner tous les tendons en dehors ce qui évite le traumatisme du médian sous l'écarteur. L'immobilisation dans un pansement ouaté est courte, et la rééducation est entreprise précocement.

Les résultats ont été médiocres. Si certains auteurs ont pu observer une fonction bonne (25) ou satisfaisante (35) après une telle excision, l'avis général (3) (5) (19) (21) est que l'ablation du semi lunaire entraîne des résultats uniformément médiocres.

3 - Dans la majorité des cas (huit) et qu'il s'agisse de la variété rétro-lunaire ou de la luxation antérieure du semi lunaire, nous avons préféré la réduction chirurgicale par voie postérieure.

Sous bande d'Esmach et garrot pneumatique, incision postérieure longitudinale, de 8 cm de long, passant entre tendons extenseurs du pouce en dehors tendon extenseur de l'index en dedans, à cheval sur la ligne bistyloïdienne. On écarte les tendons, et après section partielle du ligament annulaire dorsal, on tombe sur l'emplacement du semi lunaire.

Dans les deux variétés, rétro lunaire et luxation vraie (à moins naturellement que le semi lunaire ne soit entièrement détaché), la manoeuvre est la même : après excision des tissus néoformés, on glisse une spatule mousse (type spatule à goître de Leriche) entre le semi lunaire et le grand os, et on

.../...

réduit facilement en s'aidant d'une traction en hyperextension. Il semble préférable d'éviter toute pression sur la saillie osseuse.

Par la même voie, on peut contrôler la réduction d'une fracture éventuelle du scaphoïde. Nous les avons maintenues par la mise en place, sous contrôle de la vue, d'une broche percutanée. On peut également et de la même façon réduire et maintenir une fracture de la styloïde radiale.

Le ligament annulaire dorsal est suturé. Un plâtre antibrachial en rectitude ou en légère flexion est posé pour un mois dans le cas de luxation isolée, pour deux à quatre mois si une fracture du scaphoïde est associée.

Les résultats ont toujours été bons (sauf un cas), meilleurs même que par la réduction orthopédique qui peut être plus traumatisante. Cette voie dorsale, en effet, ne sectionne aucun élément noble, ne peut léser en aucune façon le ligament radio-lunaire antérieur, permet une réduction facile. Il est possible que les cas très anciens offrent des difficultés de réduction importantes. La voie dorsale est, en tous cas, la seule qui permette de débarasser la loge du semi lunaire de tous les tissus fibreux post-traumatiques. Nous souscrivons volontiers aux allégations des auteurs qui envisagent la réduction jusqu'à six mois, et même un an après le traumatisme.

D I A G N O S T I C

Comment reconnaître une luxation du semi lunaire ?

Cliniquement, le blessé, après un traumatisme sur la main en hyperextension, présente, à l'évidence, une lésion du poignet.

De nombreux signes permettraient théoriquement de faire le diagnostic de luxation du semi lunaire : le poignet (rappelons que le semi lunaire est un os antibrachial) est déformé par un dos de fourchette bas situé. Il est toujours épaissi dans le sens antéro-postérieur ; on peut parfois sentir, si le semi lunaire est énucléé, une saillie antérieure reposant sur un plan résistant et soulevant les tendons fléchisseurs ; une ecchymose antérieure d'apparition tardive a été décrite ; en arrière, la saillie du grand os peut être perceptible, presque au contact de la lèvre postérieure de la saillie articulaire radiale ; la main est presque impotente, "clouée", la flexion et l'inclinaison radiale sont les mouvements les plus gênés ; la tabatière anatomique est comblée par le scaphoïde fracturé ou non ; les styloïdes radiale et cubitale ont des rapports normaux.

Tous ces signes sont rarement individualisés, surtout dans les luxations récentes. Cette énumération ne doit pas faire oublier l'essentiel : devant un poignet impotent, gonflé et douloureux, il importe de demander des clichés radiographiques.

La radiographie est d'importance primordiale.

.../...

Les clichés sont en principe comparatifs, et trois incidences sont recommandées (5) : de face, main à plat en inclinaison cubitale et main en position de fonction, de profil, pouce et extrémités digitales appliquées contre leurs homologues. En pratique, on demande les clichés standards face et profil qui sont largement suffisants.

Seule une lecture attentive permettrait de réduire le nombre important des luxations méconnues dans les premiers jours (40 % (5)).

La radio de face montre :

Un chevauchement des os de la deuxième rangée du carpe sur ceux de la première rangée. L'ombre du semi lunaire empiète sur celle du grand os, il y a raccourcissement de la distance qui sépare la tête du grand os de la glène radiale.

Le semi lunaire, qui a subi un mouvement de rotation, présente une déformation et notamment un élargissement. Lorsqu'il est énucléé, son ombre devient nettement triangulaire, en toupie, aspect véritablement évident.

Le cliché de face montre en outre les autres lésions du squelette antibrachial ou carpien : fracture du scaphoïde, qui est souvent globuleux, basculé en dehors, fracture des apophyses styloïdes, fracture des autres os du carpe (exceptionnelle).

Cependant, il rend difficilement compte du déplacement dans le sens antéro-postérieur des os du carpe, et, à cet égard, la radio de profil sera la plus démonstrative.

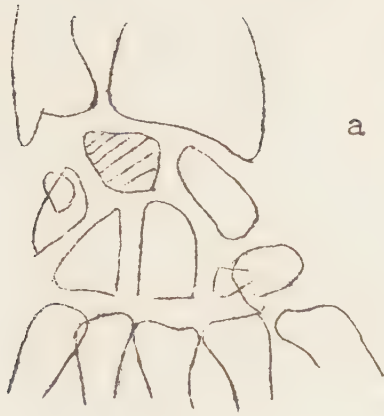
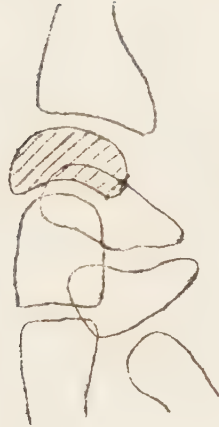
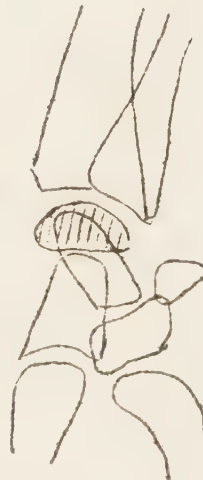


Figure 1

a - face



b - profil
plaque main
cubitale



c - profil
externe

Fig. 1 a-b-c :

On voit sur ces schémas (extraits du traité des fractures des membres de R., H. et J. Judet) un aspect normal du poignet. Le semi lunaire est placé sous la surface articulaire radiale et surplombe le grand os. Il est grossièrement quadrilatère.

...../.....

Figure 2

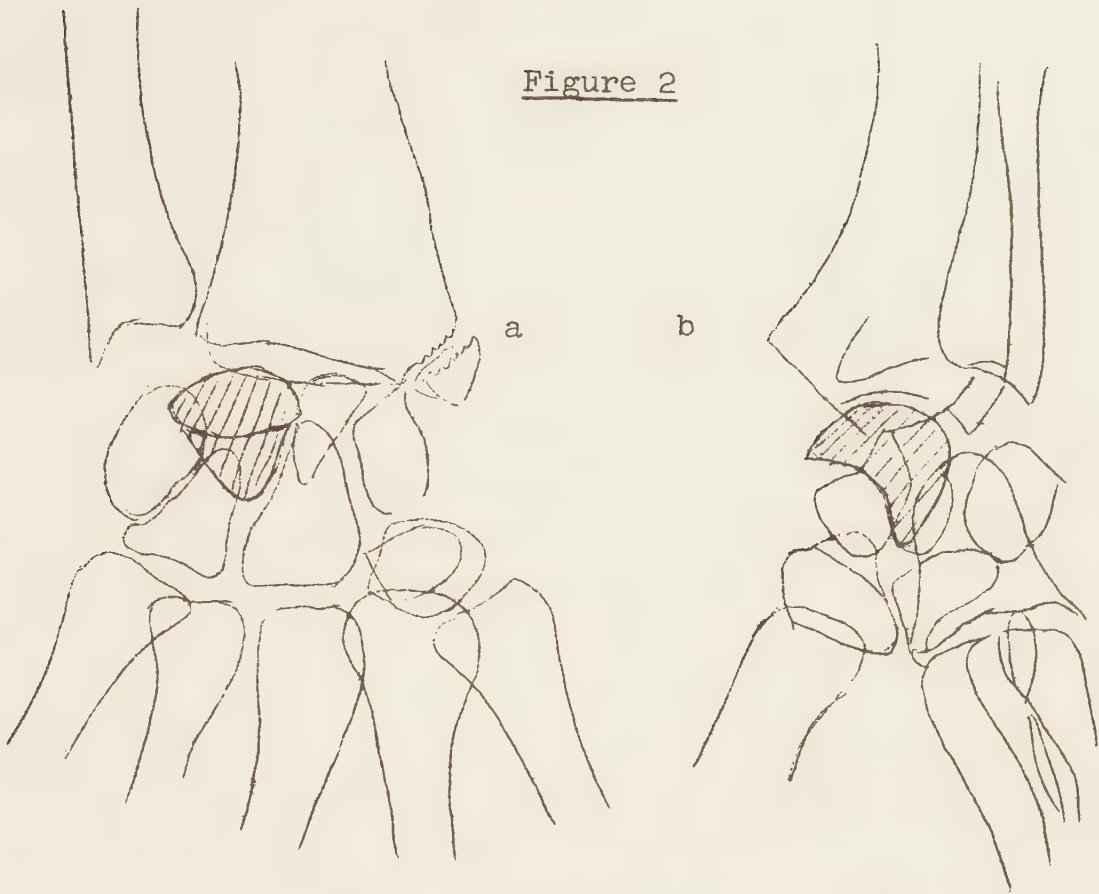


Figure 3



Fig. 2 a-b

Schéma des clichés (face et profil externe) de l'observation n° 4.

Sur la radio de face, on voit nettement l'ombre élargie du semi lunaire, l'aspect en toupie est caractéristique. On aperçoit également une fracture du scaphoïde et de la styloïde radiale.

De profil, le semi lunaire est basculé en avant, mais reste au contact de la surface articulaire radiale. Le grand os est passé en arrière. Il s'agit d'une luxation en variété rétro-lunaire du carpe.

Fig. 3 a-b

Schéma des clichés (face et profil cubital) de l'observation n° 13.

La radio de face est comparable à celle de la figure précédente : élargissement de l'ombre du semi lunaire avec aspect en toupie. Ce seul aspect suffit au diagnostic de luxation du semi lunaire. On note une fracture du scaphoïde et de la styloïde cubitale.

De profil, le semi lunaire, basculé en avant, a quitté l'aplomb du radius, le grand os, ascensionné, est resté dans un axe normal. Cette luxation, en variété énucléation du semi lunaire, diffère donc sensiblement de la précédente, mais on se rend compte de tous les aspects intermédiaires possibles entre ces deux formes.

Le bilan est relativement aisé.

Ce sera d'abord celui des complications.

- Nous avons vu le rôle de la radiologie dans celui des lésions osseuses associées. Insistons sur la fréquence de la fracture du scaphoïde, qui se rencontre dans plus de 50 % des cas. Il est certain qu'elle aggrave le pronostic.

. Les lésions nerveuses sont relativement rares, mais elles valent la peine d'être recherchées. Il s'agit de compression du nerf médian principalement, on a également décrit des atteintes du nerf cubital. Elles s'objectivent par une hypoesthésie, des paresthésies.

L'âge du blessé, sa profession, son désir de récupération sont naturellement essentiels. Il s'agit assez fréquemment de polytraumatisés, ce fait n'est péjoratif que parce qu'il accroît la possibilité de retard apporté au diagnostic et donc au traitement.

La variété de la luxation (rétro-lunaire du carpe ou luxation antérieure du semi-lunaire) ne devrait pas entrer en ligne de compte. Il faut de toutes façons réduire. Il est incontestable cependant que l'énucléation du semi-lunaire compromet plus sa vascularisation que lorsque toutes les connexions radiales sont intactes.

Quel est le pronostic d'une telle luxation ?

Il est bon dans l'ensemble. Mais deux situations différentes peuvent se présenter :

La luxation est réduite (à foyer fermé ou ouvert).

Le risque de nécrose du semi-lunaire sera d'autant plus grand que la luxation a été réduite plus tardivement, que les lésions traumatiques auront été importantes, que le délabrement dû à la thérapeutique aura accru les dégâts.

Si cette nécrose est parfois tolérée (et méconnue), elle entraîne généralement des douleurs tenaces. Radiologiquement, elle se manifeste au début par une condensation de l'osset

.../...

contrastant avec l'ostéoporose du carpe, puis le carpe se recalcifiant, l'hypercondensation se masque parfois complètement. A un stade ultérieur apparaissent les phénomènes de lyse osseuse, d'arthrose radiocarpienne, d'ostéoporose de tout le carpe.

Elle pose alors un problème thérapeutique difficile : l'ablation du semi lunaire donne des résultats médiocres, l'immobilisation carpienne avec mobilisation active des doigts est souvent dépassée, la sympathectomie donne des résultats inconsistants et on est souvent réduit à l'arthrodèse du poignet.

On conçoit donc que des thérapeutiques d'emblée majeures aient pu être proposées dans les cas où le maximum de risques est représenté.

La luxation n'a pas été réduite, mais traitée par :

L'ablation du semi lunaire : les résultats sont en général moyens. Il y a constamment une diminution assez notable de la force musculaire, fréquemment une diminution de la mobilité. Mais il arrive également que les résultats soient franchement médiocres. Une amélioration des résultats avait été espérée avec l'emploi de prothèse, sans grand succès, semble-t-il.

L'arthrodèse primaire du poignet : elle a pu être proposée, notamment dans les cas anciens de luxation rétro-lunaire avec impossibilité de réduction (il est alors illogique d'enlever le semi lunaire, seul os resté en place).

Si la perte de la mobilité est absolue, du moins la force musculaire est-elle normale, il n'y a pas de douleurs. La thérapeutique semble néanmoins, de prime abord, un peu disproportionnée.

On ne peut envisager le pronostic sans évoquer le scaphoïde. Certes nous sortons du cadre de l'exposé, mais la fréquence de l'association lésionnelle le justifie.

Nous avons déjà vu que les fractures du scaphoïde ont été traitées soit par la méthode orthopédique, soit, ce qui est
.../...

peu différent, par l'association broche + plâtre, mais nos immobilisations furent toujours trop brèves. Nous avons donc, et c'était pratiquement fatal, des pseudarthroses du scaphoïde.

Celles-ci sont, toutes, très bien tolérées, mais nous ne disposons que d'un recul réduit, et l'on connaît (31) l'avenir imprécis de ces blessés : une arthrose fera son apparition dans un avenir plus ou moins éloigné dans deux cas sur trois, et sera très gênante dans un cas sur trois. Nous ne pouvons décrire ici les différents traitements envisageables. Il est certain que l'avenir fonctionnel de ces blessés est grevé par une pseudarthrose du scaphoïde.

.../...

T R A I T E M E N T

Il doit s'efforcer de reconstituer une anatomie normale, de permettre une fonction aussi parfaite que possible.

Nous ne reviendrons pas sur les méthodes qui ont déjà été envisagées, qu'il s'agisse de traitement orthopédique ou chirurgical. La conduite à envisager est autrement intéressante.

Dans la luxation récente il n'y a, à vrai dire, guère de problèmes.

Il faut toujours tenter d'abord la réduction orthopédique, sous anesthésie générale.

Nous insisterons sur l'importance qu'il y a à éviter toute manipulation intempestive. Elle ne peut qu'entraîner des dégâts supplémentaires. La pression directe sur le semi lunaire, en particulier, n'est certainement pas bienveillante pour le médian.

Une immobilisation plâtrée est recommandée par tous, en principe en rectitude, une légère flexion serait sûrement de mise dans les formes instables, mais nous n'en avons pas rencontré. Sa durée va de huit jours à un mois selon les auteurs. Nous avons observé un délai de trois semaines environ. Le plâtre permettant une mobilisation active des doigts, le poignet, quelques jours après sa libération, possédait une force et une mobilité convenable.

Une fracture du scaphoïde entraîne naturellement une immobilisation bien plus prolongée, sûrement plus que dans

.../...

nos observations. Trois mois et demi semblent une moyenne habituelle.

Mais cette réduction orthopédique est assez rarement possible. Il est alors justifié d'entreprendre, sans attendre, sur ce malade endormi, une réduction chirurgicale.

L'abord chirurgical présente en outre l'avantage de permettre le traitement des éventuelles lésions associées (il faut penser ici avant tout au scaphoïde), et de fixer une réduction instable.

L'accord est à peu près unanime sur la voie dorsale postéro-externe. Elle ne lèse en aucune manière ni les nerfs, ni le ligament radio-carpien antérieur. Le scaphoïde est bien visible, sa réduction et sa contention sont faciles. Malgré son désavantage théorique (abord postérieur alors que le semi lunaire énucléé est luxé en avant), la réduction est facile, la loge du semi lunaire est aisément débarrassée du tissu fibreux qui l'encombre.

L'immobilisation plâtrée sera envisagée comme après réduction orthopédique.

Les luxations anciennes sont plus complexes.

La réduction chirurgicale serait possible très longtemps.

Le retard apporté à la réduction n'a jamais excédé trois semaines dans nos observations. Mais il semble que la réduction soit possible jusqu'à six mois après le traumatisme.

Böhler parle même de un an. Il est vrai qu'il s'aide pour la réduction d'une double traction olécraniennne et trans-métacarpienne.

Cette réduction tardive n'est pas unanimement admise (26) (9). Elle est d'ailleurs sûrement nuisible si la nécrose semble inévitable du fait de l'importance de la luxation, ou si, déjà, apparaissent des signes d'arthrose ou d'altération carpienne.

.../...

En dehors de ces contre-indications, elle semble logique, reconstituant une anatomie normale, par une chirurgie qui, répétons-le, n'est sûrement pas nuisible.

L'excision du lunaire ne trouve aucun défenseur acharné.

Beaucoup l'évoquent. Ils la pratiquent pour des motifs divers, généralement associés, soit que la luxation paraisse trop ancienne (26), soit qu'il existe des troubles nerveux (4) (18), mais on comprend mal en quoi l'excision du semi lunaire sera préférable à la réduction, d'autant plus que cette excision nécessite un abord antérieur, soit que la variété anatomique (luxation antérieure du semi lunaire) fasse redouter une nécrose (9) (19) (35), mais nous avons vu que la distinction anatomique est un peu artificielle, la luxation antérieure pouvant être considérée comme le déplacement plus important d'une luxation rétro-lunaire, soit enfin que des signes de dégénération osseuse ou articulaire existent déjà (5) (28) (27), mais on voit mal comment la suppression du lunaire pourrait améliorer l'évolution.

Tous ces auteurs admettent d'ailleurs le mauvais résultat de cette excision. Certains même la qualifient de déplorable (7) (18) (21) (34). Nos deux observations vont dans le même sens.

L'arthrodèse radio-carpienne est préconisée d'emblée (5) (18) (20) (34) lorsque la réduction apparaît impossible. Elle est sûrement préférable dans la majorité des cas à l'excision : un poignet mobile et douloureux ne vaut pas une ankylose en bonne position (Destot).

Nous l'envisagerons principalement comme traitement des complications à distance. Il est en effet possible que nos malades présentent dans les suites éloignées, et surtout lorsqu'il s'agit de cas peu favorables (ceux-là même pour lesquels

.../...

certain auteurs ont pu préconiser l'excision du semi lunaire), des signes dégénératifs marqués avec raideur douloureuse, diminution de la force musculaire, arthrose étendue du poignet. Une arthrodèse sera alors sans doute la meilleure solution. Mais nous aurons fourni à ces blessés un poignet fonctionnellement normal pendant plusieurs années. Nous ne pouvons pas être plus précis, cependant notre recul le plus important est de quatre ans et demi avec une fonction normale chez un travailleur manuel.

.../...

C O N C L U S I O N S

Le terme "luxation du semi lunaire" est une dénomination volontairement vague qui permet de réunir des lésions en apparence aussi dissemblables que l'énucléation du semi lunaire, la luxation rétro lunaire du carpe, la luxation trans-scapho-lunaire.

Cette unicité est justifiée par l'anatomie pathologique, la clinique, la thérapeutique et les résultats.

Leur mécanisme est semblable. A la suite d'une hyperflexion dorsale du poignet, le grand os est luxé en arrière du semi lunaire, d'abord en place sous le radius (luxation rétro lunaire), puis pivotant en avant sous la poussée du grand os (énucléation du semi lunaire). Mais tous les intermédiaires peuvent se rencontrer entre ces deux cas que l'on pourrait qualifier d'extrêmes. Dans ces deux cas également, le scaphoïde peut ou non être fracturé.

La luxation du semi lunaire est peu fréquente. Elle se voit cependant suffisamment pour être systématiquement recherchée devant un traumatisme violent du poignet, surtout entre 20 et 50 ans, et d'autant plus qu'elle passe aisément inaperçue. C'est de la lecture attentive des clichés que dépendent la reconnaissance d'une telle luxation, la mise en évidence des lésions associées, leur traitement efficace, c'est-à-dire précoce et donc un pronostic qui est alors extrêmement favorable.

L'accord est à peu près unanime sur le traitement de la lésion récente : réduction orthopédique à l'aide d'une trac-
.../...

tion forte en évitant les manipulations directes, réduction sanglante en cas d'échec des manoeuvres orthopédiques. L'immobilisation sera courte si la luxation est isolée, sans fracture associée.

Les avis divergent quant au traitement des formes plus anciennes.

Exérèse justifiée par la nécessité d'enlever cet osselet déplacé et que l'on craint de remettre en place, mais qui entraîne inévitablement un résultat moyen, voire médiocre.

Arthrodèse, peut-être plus logique, puisqu'elle donne un poignet indolore, une force musculaire intacte, mais elle compromet définitivement la fonction et elle apparaît comme un geste un peu disproportionné si elle est effectuée d'emblée.

La réduction, même tardive, nous semble, comme à nombre d'auteurs, la plus logique.

Certes, la vascularisation du semi lunaire est compromise. Cependant, elle reste assurée par la conservation de la solide attache radio-carpienne antérieure. La maladie de Kienböck, si fréquente en cas de fracture du semi lunaire, n'est que rarement retrouvée dans les suites de luxation. Il est possible que des lésions dégénératives apparaissent à lointaine échéance. La conservation d'un poignet anatomiquement intact semble valoir ce risque. Une arthrodèse sera toujours envisageable ultérieurement. Des années de fonction normale auront existé avant cette intervention malgré tout mutilante.

Une voie d'abord dorsale est la plus communément admise pour cette réduction. Elle respecte au maximum la vascularisation du semi lunaire, elle évite sûrement tout traumatisme nerveux, elle permet dans ces cas anciens de débarrasser la loge de son contenu fibreux, facilitant ainsi la réduction.

Vis-à-vis de la fracture du scaphoïde, si fréquemment associée, le traitement sera dicté par l'existence ou non d'une intervention dans celui de la luxation : traitement orthopédique pur, ou si une réduction sanglante a été effectuée, contention de la fracture du scaphoïde par une broche, une vis, voire

.../...

une greffe. La durée de l'immobilisation plaîrée sera naturellement dictée par la fracture.

Nos observations (14 cas) paraissent vérifier le bien-fondé de ces assertions.

Le diagnostic n'a pas toujours été immédiat, faute, non pas de clichés radiologiques, mais d'une lecture correcte. Le retard apporté au traitement n'a cependant jamais excédé trois semaines.

La réduction orthopédique, toujours tentée, ne semble possible que dans les cas très récents. Mais la réduction sanglante, par voie dorsale, a été constamment facile.

La fonction est restée satisfaisante avec un, deux et même quatre ans de recul. Le pronostic lointain est cependant alourdi par la fréquence des fractures associées du scaphoïde. Ces fractures ont été insuffisamment traitées (immobilisation écourtée, ostéosynthèse réduite au minimum) et la pseudarthrose du scaphoïde grève plus l'avenir de ces blessés qu'une hypothétique nécrose du semi lunaire.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. A. SICARD

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. G. BROUET

Vu le Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - AITKEN A.P. et NALEBUFF E.A. : Volar Transnavicular Perilunar Dislocation of the Carpe - J. Bone Joint Surg. Sept. 1960, 42 A, n° 6 (1.051)
- 2 - ASHKENAZI A.I. : Réduction sanglante des luxations anciennes du semi lunaire - Khirourgica, Mai 1962, n° 5 (106).
- 3 - AUFRANC E., JONES W.N. et HARRIS W.H. : Transnavicular Retrolunar Dislocation of the Wrist - J.A.M.A. Août 1962, 181, n° 8 (717).
- 4 - BOHLER L. : Technique du traitement des fractures (615) - Editions Médicales de France (traduction M. Boppe) - 1944.
- 5 - CAMPBELL R.D., LANCE E.M. et CHIN BOR YEOH : Lunate and Perinular Dislocations - J. Bone Joint Surg., Fév. 1964, 46 B, n° 1 (55).
- 6 - CARAVEN J. : Luxation radio-carpienne en avant avec énucléation du semi lunaire - Rev. Orthop. Juill.-Sept. 1947, 33, n° 5 (347).
- 7 - CAVE E.F. : Fractures and other Injuries (376) - The Year Book Publishects Chicago 1958.
- 8 - CHIAPPINI A. et ALESSANDRI M. : Considérations relatives à la réduction d'une luxation péri-lunaire du carpe avec fracture du scaphoïde et de la styloïde radiale - Ann. di Med. Naval Mai-Juin 1964, 69, n° 3 (399). .../...

- 9 - FAHEY J.H. : Fractures and Dislocations about the Wrist.
Surg. Clin. North Amer., Fév. 1957 (19).
- 10 - JEANNE et MOUCHET A. : Les lésions traumatiques fermées du
poignet - 28ème Congrès Français de Chirurgie (Paris
1919). Informations et rapports.
- 11 - GRIMAUULT L. : Luxation subtotale du carpe rétro-lunaire -
Réduction sanglante tardive - Rev. Orthop., Mars 1927.
14, n° 2 (151).
- 12 - JUDET H., JUDET J. et JUDET R. : Traité des fractures des
membres - Maloine 3ème Edition - 1948.
- 13 - KURZ W. : Fracture de De Quervain bilatérale - Zbl. Chir.
6 Févr. 1965, 90, n° 6 (225).
- 14 - LAPOINTE A. : La réduction sanglante des luxations du
semi-lunaire - Bull. Mém. Soc. Chirur., 2 Juill. 1929.
60, n° 25 (1.034).
- 15 - MAC AUSLAND W.R. : Perilunar Dislocation of the Carpal -
Bones and Dislocations of the Lunate Bone - S.G.O. 1944,
79, (256).
- 16 - MC LAUGHLIN H.L. : Trauma - Philadelphia and London W.B.
Saunders Company, 1959.
- 17 - MAREK F.M. : Avascular Necrosis of the Carpal Lunate - Cli-
nical Orthopaedics 1957, 10, (96).
- 18 - MERLE D'AUBIGNE R. Affections traumatiques - Editions
Médicales Flammarion (révision annuelle) (679, 687).
- 19 - MERLE D'AUBIGNE R. et TUBIANA R. : Traumatismes anciens -
Masson 1958, tome I (399).
- 20 - MOTTA C. : Luxations rares et inhabituelles du poignet -
Mschr. Unfallh. Avr. 1963, 66, n° 4, (121).

.../...

- 21 - MOTTA C. et BLAUTH W. : Les problèmes de traitement des luxations invétérées du semi lunaire carpien (communication présentée lors de la 5ème journée internationale de la Chirurgie de la Main. Paris 1963. (Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris) Nov. 1964, 18, n° 23-24 (1.487)).
- 22 - MOUCHET A. et MOUCHET A. : Traitement des traumatismes du poignet - Rapport au 1er Congrès International d'Orthopédie - Paris Octobre 1930.
- 23 - MOUCHET A. et MOUCHET A. : Luxation subtotale du carpe rétro-lunaire - Ombredanne et Mathieu - Traité de Chirurgie Orthopédique - Masson 1937 - tome 3 (2.547).
- 24 - MOURGUES G. (de) et SCHNEPP J. : A propos des luxations péri-lunaires associées à d'autres lésions radiocarpiennes - Lyon Chir. Sept. 1963, 59, n° 5 (777).
- 25 - QUENU : Traité de Technique chirurgicale - Masson 1955, tome 1 (605).
- 26 - ROCHET P., MOURGUES G. (de) et MOURGUES A. (de) : Luxation rétro-lunaire bilatérale du carpe - Résultat éloigné (17 ans de recul) - Lyon Chir., Nov. 1962, 58, n° 6 (894).
- 27 - RUSSEL T.B. : Inter Carpal Dislocations and Fractures Dislocations - A review of fifty nine Cases - J. Bone Joint Surg., Nov. 1949, 31 B (524).
- 28 - SCHUTTEMAYER W. : Uber die isolierte Lunatum Luxation - Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie, Sept. 1962, 203, n° 2 (260).
- 29 - SOEUR R. : Luxations péri-lunaires récentes - Rev. Orthop. Janv.-Avr. 1941, 27, n° 1-2 (6).
- 30 - SOMMELET J., COXAM B., BESSOT M. et MASSE P. : Les luxations du carpe - Ann. Med. Nancy, Nov. 1964, 3 (1298).

.../...

- 31 - TROJAN E. et MOURGUES G. (de) : Fractures et pseudarthroses du scaphoïde carpien - Etude thérapeutique - Rev. Chir. Orthop., Sept. 1959, 45, n° 4 (614).
- 32 - VETTER G. : Contribution au traitement de la luxation péri-lunaire - Zbl. Chir. 1953, 78, n° 24 (1.014).
- 33 - WAGNER C.J. : Fractures Dislocations of the Wrist - Clinical Orthopaedics, 15 (181).
- 34 - WAGNER C.J. : Perilunar Dislocations - J. Bones Joint Surg. Déc. 1956 - 38 A (1.198)
- 35 - WATSON JONES : Traité des fractures des membres - Delachaux et Niestlé S.A. - Paris 1958 (d'après la 4ème Edition).



EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90